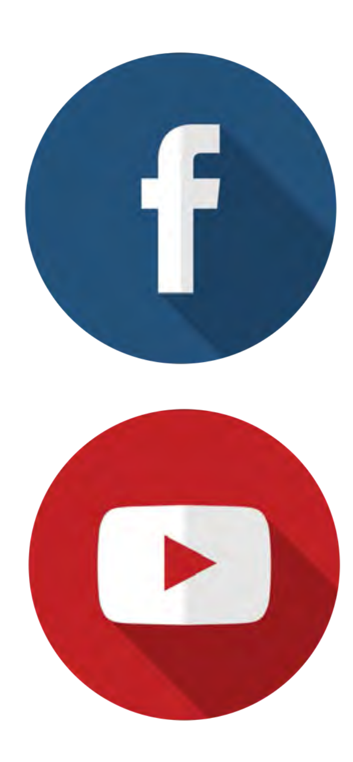
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Adénocarcinome de l'intestin grêle

Définition:

Tumeur maligne développée aux dépends de l'épithélium glandulaire de l'intestin grêle

Intérêt:

Fréquence: rare 2% de l'ensemble des tumeurs digestives
Incidence: 2,2-5,7 cas/ million dans les pays développées,
C'est la première causes de tumeurs malignes de l'intestin grêle devant les tumeurs endocrines; lymphomes et les tumeurs stromales,
La localisation de l'AIG: 50 % au niveau du duodénum; 30% jéjunale et 20% iléale
Age: en moyenne 64 ans
Sexe: prédominance masculine (53% vs 47%)
DC: souvent tardif du fait de la faible spécificité des symptômes cliniques
Pronostic: L'adénocarcinome de l'intestin grêle a un mauvais pronostic, avec une survie à 5 ans inférieure à 30 % et une survie médiane de 19 mois

Facteurs Etiologiques:

❖ Facteurs environnementaux:

la différence de fréquence entre l'ADK de l'intestin grêle et l'ADK colorectal suggère des variations dans les processus de carcinogenèse , les hypothèses pour expliquer cette différences sont:

- *Temps de contact court entre les cellules intestinales et les aliments cancérigène (transit rapide au niveau du grêle)*
- *Un équipement cellulaire enzymatiques diffèrent*
- *L'absence de bactéries au niveau du grêle ,*
- *Un taux de folates plus élevées*

❖ Altérations génétiques:

Mutations : gène *APC, gènes de réparations de l'ADN (MMR)*

Peuvent compliquer les MICI en particulier la maladie de Crohn après 15 a 20 ans d'évolution,

❖ *Prédisposition génétique:*

- *Polypose adénomateuse familiale (PAF)*
- *Syndrome de Lynch ou HNPCC*
- *Syndrome de Peutz-Jeghers*

❖ Maladies prédisposantes

- Maladie de Crohn:

après une évolution d'une durée entre 10 -20 ans risque important D'AIG avec un Age de survenue plus jeune et une localisation iléale préférentielle,

- Maladie Cœliaque:

avec un risque augmenter pour les AIG surtout si mauvaise observance du régime alimentaire avec une localisation jéjunale préférentielle

Circonstance de découverte

- Douleurs abdominales
- Nausées et vomissement
- Rectorragies/méléna
- Altération de l'état général
- Syndrome occlusif

EXAMEN PHYSIQUE

- Asymétrie abdominale
- Voussure abdominale
- Douleurs abdominales provoquées
- Masse abdominale

EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES

- ASP
- Transit du grêle: *image de soustraction en « trognon de pomme » sensibilité de 50%*
- Scanner abdomino-pelvien : masse intestinale
- Entéro-scanner ++++ avec une sensibilité de l'ordre de 85-95% et une spécificité de 90 – 96%
- IRM

EXPLORATION ENDOSCOPIQUE

- La vidéocapsule endoscopique: rentabilité diagnostique est supérieure a celle de l'entréroscopie et du transit du grêle sensibilité 89-95% et spécificité 95% ,CI dans les Sd sub-occlusifs
- Enteroscopie a double ballon permet d'exploré les grêle entièrement en absence de lésion infranchissable

Bilan pretherapeutique

- Bilan d'extension:
- Examen clinique
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien : localisation et extension tumorale locale, extension à distance (accord d'experts)
- Dosage de l'ACE (accord d'experts)
- Fibroscopie gastrique et coloscopie à la recherche de lésions associées à une pathologie prédisposant (accord d'experts),
- Recherche d'une pathologie prédisposant

Classification UICC 2009 : 7ème classification TNM

TX	renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	pas de signe de tumeur primitive
Tis	carcinome *in situ*
T1	tumeur envahissant la muqueuse ou la sous-muqueuse
T1a	tumeur envahissant la muqueuse
T1b	tumeur envahissant la sous-muqueuse
T2	tumeur envahissant la musculeuse
T3	tumeur envahissant la sous-séreuse ou le tissu périmusculaire extrapéritonéal (mésentère ou rétropéritoine*), ≤ 2 cm
T4	tumeur perforant le péritoine viscéral ou avec envahissement direct d'autres organes ou structures (autres anses intestinales, mésentère, rétropéritoine >2cm, paroi abdominale à travers la séreuse, et dans le
	cas du duodénum seulement, envahissement du pancréas) **Le tissu périmusculaire extrapéritonéal correspond au mésentère dans le cas du jéjunum ou de l'iléon, alors qu'il s'agit du rétropéritoine dans les zones du duodénum où la séreuse est absente.*

N-Adénopathies régionales

NX	ganglions non évalués
N0	pas de métastase ganglionnaire
N1	atteinte de 1 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
N2	atteinte de 4 ou plus ganglions lymphatiques régionaux

Selon les recommandations de l'UICC, l'examen d'au moins 6 ganglions régionaux est nécessaire à l'évaluation correcte du statut ganglionnaire.

M-Métastases à distance

MX	renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
M0	pas de métastase à distance
M1	présence de métastase(s) à distance

Traitement

Le traitement à visée curative est chirurgical

Principe :

exérèse du cancer avec une marge distale et proximale d'au moins 5 cm, une marge circonférentielle saine et une exérèse en bloc du mésentère attenant avec repérage du pédicule vasculaire (ganglions distaux), réalisant un curage ganglionnaire loco-régional,

La résection coelioscopique est possible

Moyen:

Duodénum : dépend du stade et de la localisation de la tumeur :

- Une DPC est indiquée en cas de tumeur de la deuxième portion du duodénum

- Une résection duodénale segmentaire est possible en cas de tumeur proximale (première portion du duodénum) ou distale (troisième portion du duodénum, ou en cas de tumeur de l'angle duodéno-jéjunal (avis d'experts).

Jéjunum et iléon :

- résection segmentaire avec curage ganglionnaire et anastomose jéjuno-jéjunale ou iléo-iléale
- Dernière anse iléale ou valvule iléo-caecale : résection iléo-caecale

- Traitement palliatif:
- Derivation gastrique GEA dans les tumeurs duodénales et résection anastomose termino-terminale dans les tumeurs greliques ,
- Chimiotherapie

Pronostic

L’AIG est un cancer de mauvais pronostic avec une survie a 5 ans tous stades confondus inferieure a 30 % et une survie médiane de 19 mois,
Le traitement chirurgical reste le seul traitement potentiellement curatif bien que 40% des patients récidives
,
Les facteurs pronostic:

- TNM avec survie a 5 ans 65% pour le stade I, 48% pour le Stade II, 35% et 4% pour le stade III et IV,
- La localisation duodénale est de plus mauvais pronostic
- L'Age
- Le caractère peut différencie de la tumeur
- Un taux élevé d’ACE ou CA 19,9 facteur péjoratif